

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N^o.

127

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention **MÉDECINE**)

PAR

NAKHDJAVANI ABBAS

né le 28 Juillet 1906

à Tabriz (IRAN)

HALLUX VALGUS FAMILIAL

Président : M. L. TANON, Professeur

TROYES

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE J.-L. PATON

Rue du Général-Saussier, 27 et 29

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

NAKHDJAVANI ABBAS

né le 28 Juillet 1906

à Tabriz (IRAN)

HALLUX VALGUS FAMILIAL

Président : M. L. TANON, Professeur

TROYES

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE J.-L. PATON

Rue du Général-Saussier, 27 et 29

—
1936

LE DOYEN. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIÈRE.
Physiologie.	Léon BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	PIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEBEBOULLET
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.



I. — PROFESSEURS (SUITE)

	MM.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MOCQUOT.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
BÉNARD (Henri). Pathologie médicale	LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
BERNARD Etienne. Pathologie médicale	LEMAIRE . . . Pathologie expérimentale.
BESANÇON (Justin). Hydrologie.	LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale
BOULIN . . . Pathologie médicale.	M ^{lle} J. LÉVY. Pharmacologie.
BULLIARD . . Histologie.	LÉVY-VALENSI. Neurologie Psychiatrie.
CATHALA . . . Pathologie médicale.	MOREAU . . . Pathologie médicale.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.	MOULONGUET Pathologie chirurgicale
DQGNON . . . Physique.	MOUQUIN . . . Pathologie médicale.
FEY Urologie.	OBERLING . . Anatomie pathologique
GALLIARD . . Parasitologie.	PETIT-DUTAILLIS . Pathologie chirurgicale.
GASTINEL . . Bactériologie.	PIÉDELIEVRE Médecine légale.
DE GAUDART D'ALLAINES . Pathologie chirurgicale.	PORTES . . . Obstétrique.
GAYET Physiologie.	RICHER Physiologie.
GIROUD Histologie.	SANNIÉ Chimie biologique.
HAGUENAU . . Pathologie médicale.	SÈNÈQUE . . . Pathologie chirurgicale
HALPHEN . . . Oto-rhino-laryngologie.	TROISIER . . . Pathologie expérimentale.
HAZARD Pharmacologie.	TURPIN Pathologie médicale.
HUGUENIN . . Anatomie pathologique.	VIGNES Obstétrique.
JOANNON . . . Hygiène.	WILMOTH . . . Pathologie chirurgicale
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.	
LACOMME . . . Obstétrique.	
LANTUÉJOUL Obstétrique.	

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.	MM.
ALGLAVE . . . Pathologie chirurgicale	LEROUX . . . Anatomie pathologique
BUSQUET . . . Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.	

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI. . . .	} Clinique médicale.	BASSET. . . .	} Clinique chirurgicale
ALAJOUANINE		BROCQ. . . .	
AUBERTIN. . .		CADENAT. . .	
BRULÉ. . . .		GATELLIER. .	
CHABROL. . . .		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY. . . .		MOURE. . . .	
DONZELOT. . .		QUENU. . . .	
DUVOIR. . . .		SCHWARTZ. .	
LIAN.		VELTER. . . .	
PASTEUR- VALLERY-RADOT.			
SÉZARY. . . .			

MM.	
ECALLE. . . .	} Clinique obstétricale
GUÉNIOT. . .	
LE LORIER. . .	
LÉVY-SOLAL..	
METZGER. . .	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé. . .	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Humble témoignage de mon amour filial
et de ma profonde reconnaissance.

A MA CHÈRE FEMME

En gage de mon amour sincère.

A MA FILLE

Ma tendre affection

A MES BEAUX PARENTS

Monsieur et Madame MANSUY-PERRON

Hommage respectueux de votre enfant
reconnaissant.

A Madame Veuve A. PERRON

A Monsieur et Madame I. PERRON

Hommage respectueux.

A MES FRÈRES, BEAUX-FRÈRES,
SŒUR ET BELLES-SŒURS

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le PROFESSEUR L. TANON

*Professeur d'Hygiène et de Médecine préventive
à la Faculté de Médecine de Paris*

Professeur à l'Institut de Médecine coloniale de Paris

Conseiller Technique Sanitaire au Ministère de la Santé Publique

*Médecin Chef des Services d'Hygiène
de la Préfecture de Police de Paris
Officier de la Légion d'Honneur*

Humble témoignage de notre vive
reconnaissance pour l'excellent
enseignement que nous avons
reçu de lui et pour le grand
honneur qu'il nous fait en
présidant cette thèse.

A Monsieur le DOCTEUR TECHOUAYRES

Professeur d'Hystologie à l'École de Médecine de Reims

A TOUS NOS MAITRES

de l'École de Médecine et des Hôpitaux de Reims

A TOUS NOS MAITRES

de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux de Paris

A Monsieur le DOCTEUR R. AMBRUSTER

Sénateur de l'Aube

Officier de la Légion d'Honneur

A Monsieur le DOCTEUR A. P. MÉRAT

Chirurgien des Hospices civils de Troyes

Chevalier de la Légion d'Honneur

A Monsieur le DOCTEUR PARIS

Chirurgien des Hospices civils de Troyes

Qui nous ont prodigués leur bienveillance
et leur précieux et savant enseignement.

Qu'ils trouvent ici l'expression de notre
hommage respectueux et vive reconnaissance.

HALLUX VALGUS

Nous n'avons pas la prétention d'apporter ici une étude réellement originale. Le travail que nous nous sommes proposé consiste à étudier les différentes conceptions sur la définition, la pathologie et le traitement de l'Hallux valgus, en y ajoutant quelques observations, faites dans une famille où depuis quatre générations, cette affection se transmet régulièrement, se manifestant électivement chez les membres féminins de cette famille.

Elles sont toutes plus ou moins atteintes d'arthritisme (Rhumatisme chronique, obésité, goutte, lithiase biliaire et urique).

Nous avons estimé nécessaire, pour mieux comprendre les chapitres qui vont suivre, de donner quelques considérations anatomiques et anatomopathologiques de l'Hallux valgus.



Mais avant d'aborder cette étude que nous nous proposons, qu'il nous soit permis, au moment où nous touchons à la fin de nos études universitaires, d'exprimer notre

sincère reconnaissance, et nos respectueux hommages à tous nos maîtres de l'Ecole de Médecine et des Hôpitaux de Reims, où nous avons commencé nos études en médecine ; à ceux de la Faculté de Médecine et Hôpitaux de Paris, ainsi qu'aux deux illustres chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de la Ville de Troyes

Monsieur le Docteur A. MERAT,
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

et Monsieur le Docteur PARIS,
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Nous avons eu le grand honneur de travailler à titre d'interne pendant près de trois ans dans leur service, et profité de leur savant enseignement.

Qu'ils trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

HALLUX VALGUS

DÉFINITION

Presque tous les auteurs donnent pour l'hallux valgus la définition suivante, celle qui est aujourd'hui universellement admise :

« Hallux valgus est la déviation en dehors du gros orteil.
« Cette affection est plus fréquente chez la femme que
« chez l'homme, elle apparaît plus souvent après quarante
« ans, quoique certaines femmes soient atteintes de bonne
« heure.

« On a signalé des cas congénitaux, ils sont rares, et
« s'accompagnent presque toujours d'autres malforma-
« tions ».

(P. MAULONGUET).

Pour Frœlich (de Nancy), Hallux valgus paraît une affection assez fréquente, suivant sa statistique, de 15 % à 20 % des adultes en seraient atteints.

« La femme plus fréquemment que les hommes. L'affection peut être unilatérale ou bilatérale et de développement différent d'un côté que de l'autre ».

Fréquemment il s'observe chez des sujets atteints de pied plat ; dans ce cas on rencontre des lésions très accentuées de l'articulation métatarso-phalangienne.

Pour Kirrison :

« Hallux valgus peut être une anomalie familiale ».

Broca, Reverdin, Mayo considèrent que cette déviation serait due à la longueur exagérée du gros orteil.

Yang avait pensé à l'existence congénitale d'un os inter-métatarsien qui, coincé entre le premier cunéiforme et le premier et deuxième métatarsiens, repousserait en se développant le premier métatarsien en dedans,



ANATOMIE

Pour mieux comprendre le mécanisme assez compliqué de formation de l'Hallux valgus, il est utile d'exposer brièvement quelques considérations anatomiques de cette région et particulièrement, le groupement de diverses forces musculaires, dont l'équilibre assure un état anatomique normal.

Le premier métatarsien présente une extrémité postérieure articulée avec le tarse, son extrémité aplatie de haut en bas, possède une surface articulaire divisée par une crête antéro-postérieure en deux parties formant à droite et à gauche des gouttières dans lesquelles se logent les deux sésamoïdes ; de chaque côté de cette extrémité se trouvent deux saillies sur lesquelles s'insèrent des ligaments.

La première phalange aplatie elle aussi de haut en bas avec une surface articulaire à son extrémité postérieure dans laquelle vient se loger la tête du premier métatarsien, présente de chaque côté une saillie osseuse qui donne insertion aux faisceaux des ligaments latéraux.

Cette articulation diffère par ses dimensions plus étendues des autres articulations métatarso-phalangiennes. C'est une *Enarthrose*.

Cette articulation est maintenue par deux groupes de ligaments :

1°) Ligament glénodien.

2°) Ligaments latéraux.

LIGAMENT GLENOÏDE, composé des faisceaux très épais et très résistants qui contiennent dans leur épaisseur les deux sésamoïdes dont nous avons donné en haut la situation anatomique (se logent dans les gouttières des deux côtés de la tête du premier métatarsien).

Ces sésamoïdes donnent insertion aux différents muscles plantaires que nous allons voir.

MUSCLES DU GROS ORTEIL au nombre de cinq à la face plantaire et de deux à la face dorsale.

1°) Long fléchisseur propre du gros orteil

Ce muscle, le plus profond de la face plantaire, d'origine péronière, destiné au gros orteil, se termine à la base de la deuxième phalange (face plantaire).

ACTION. — Il fléchit la deuxième phalange sur la première et l'orteil sur le métatarsien.

« Ce muscle est beaucoup plus puissant qu'il ne semblerait au premier abord, il peut aussi étendre le pied sur la jambe. On a incriminé sa force dans la déformation en *Hallux valgus* ».

2°) **Abducteur oblique du gros orteil**

S'insère sur le sésamoïde externe et le tubercule de la base de la première phalange du gros orteil.

3°) **Abducteur transverse du gros orteil**

Même terminaison que le précédent.

ACTION. — Ils approchent le gros orteil de l'axe du pied et le fléchissent sur le métatarsien.

4°) **Court fléchisseur du gros orteil**

TERMINAISON. — 1°) Chef interne, rejoint l'abducteur sur le sésamoïde interne et le tubercule interne de la base de la première phalange.

2°) Chef externe, se fixe sur le tubercule externe de cette même base.

ACTION. — Fléchit la première phalange sur le métatarsien.

5°) **Adducteur du gros orteil**

Dans son trajet il forme le relief interne de la face plantaire.

S'insère sur le sésamoïde interne et le tubercule interne de la base de la première phalange du gros orteil.

Il écarte le gros orteil de l'axe du pied et le fléchit sur le métatarsien.

« Fait important : ce muscle est aussi développé à lui seul que les deux adducteurs oblique et transverse ».

II. — Les muscles de la face dorsale au nombre de deux

1°) Extenseur propre du gros orteil

S'insère sur la partie postérieure de la deuxième phalange et tire le gros orteil dans la direction axiale.

2°) Court extenseur du gros orteil

S'insère à la base de la première phalange du gros orteil. Son action est d'étendre le gros orteil et l'incliner en dehors.

Cette disposition anatomique permet de comprendre comment, suivant un état de contraction, de malformation ou d'insuffisance musculaire, une déviation par les antagonistes peut se produire.

Nous allons étudier les théories qu'on a proposées pour les expliquer.

FORMES CLINIQUES DE L'HALLUX VALGUS

On a décrit plusieurs variétés cliniques de l'Hallux valgus.

La forme la plus banale se manifeste par la saillie un peu trop marquée de la tête du premier métatarsien sur le bord interne du pied.

A un degré plus avancé, malgré une *déviatiou accentuée*, tant que cette saillie n'est pas le siège d'un durillon ou d'une bursite, ces malades supportent admirablement leur lésion.

« En effet, cette affection n'est pas gênante par elle-même ; elle n'est gênante que par bursite qu'elle entraîne ».

(P. MAULAUGUET).

A un troisième degré, la saillie de la tête est très exubérante. Le gros orteil chevauche obliquement le second et quelquefois le troisième en passant dessous et plus rarement dessus. Le pied est nettement déformé et très souvent plat.

Enfin une forme dans laquelle les déformations squelettiques dominant, associées à l'Hallux valgus.

ETIOLOGIE ET PATHOLOGÉNIE DE L'HALLUX VALGUS

« Hallux valgus paraît une affection assez fréquente ; 25 % des adultes, suivant les différentes statistiques ; il faut peut-être tenir compte de ce que ces auteurs ont fait leurs statistiques dans les services spécialisés où ils auraient observé beaucoup de cas.

Sa fréquence chez la femme reste constante (ainsi que nos observations le démontrent, où l'affection se manifeste électivement chez les femmes).

L'affection peut être bilatérale, ou de développement plus ou moins symétrique des deux côtés.

On a décrit deux origines différentes pour cette affection :

I. — Hallux valgus congénital.

II. — Hallux valgus acquis.

I. — *Hallux valgus congénital*

Tous les auteurs sont d'accord sur ce point.

« *Hallux valgus* peut être congénital. Il peut se rencontrer chez des jeunes enfants ; dans ce cas il accompagne un pied normal, ou bien être la conséquence de Metatarsus varus congénital ».

(Professeur FRÆLICH, de Nancy).

« *Hallux valgus* peut être une anomalie familiale ».

(KIRMISSON).

« Broca, Reverdin, Mayo, considèrent l'*Hallux valgus* comme consécutif à la longueur exagérée du gros orteil, qui serait une cause prédisposante ».

« Young avait pensé à l'existence d'un os intermétatarsien coincé entre le premier cunéiforme et le premier et deuxième métatarsiens, repoussant le premier métatarsien en dehors en se développant.

II. — *Hallux valgus acquis*

Redard avait fait une classification pathologique suivante :

1. Théorie musculaire ;
2. Théorie mécanique ;
3. Théorie ligamenteuse.

Boniface a complété cette classification en y ajoutant :

4. Théorie astéo-articulaire ;
5. Théorie diathésique.

I. — *Théorie musculaire*

Elle a été invoquée par différents auteurs, mais le muscle en cause ne serait pas toujours le même pour ces auteurs.

NELATON pense à la retraction de l'extenseur propre du gros orteil.

DUCHÊNE, à la paralysie partielle des fléchisseurs et abducteur du gros orteil.

CHARCOT, retraction musculaire spasmodique.

POIRIER, à une retraction du chef interne des pédieux, qui est l'adducteur du gros orteil.

On a aussi invoqué l'excès du développement de ce muscle qui arriverait à vaincre ses deux antagonistes, les abducteurs oblique et transverse.

II. — Théorie mécanique

Elle est émise et défendue par Broca qui incrimine les chaussures défectueuses, surtout avec des talons élevés et les bouts pointus (ce qui expliquerait la prédominance de la déformation chez la femme pour laquelle la mode exige des chaussures avec des talons dits Louis XV).

Il faut incriminer aussi les chaussures trop courtes et étroites ; si on analysait les différents temps de la marche, on constate qu'à un moment les orteils sont repliés vers la face dorsale du pied presque à angle vertical et que la surface plantaire, surtout son bord interne, augmente de longueur dans cette position (un centimètre et demi environ). Or dans les chaussures courtes ou trop justes moulant les pieds au repos, il n'y a pas de place pour cette augmentation pendant la marche et, de ce fait, le gros orteil est incliné vers le milieu du bout de la chaussure, c'est-à-dire en dehors.

Hallopeau estime que l'Hallux valgus est dû à l'effondrement de la voûte antérieure du pied.

III. — Théorie ligamenteuse

Cette théorie soutenue par Gerdy, qui considère l'Hallux valgus dû à la rétraction inflammatoire des tissus fibreux latéraux qui unissent le tendon de l'extenseur au métarsien.

Malgaigne pense à la rétraction de l'extenseur propre et l'affaiblissement du ligament lalal interne.

IV. — Théorie diathésique et astéo-articulaire

Nous pensons que ce sont les plus intéressantes et les causes les plus constantes de l'Hallux valgus. Verneuil pense « à l'arthritisme dont la déviation de l'orteil n'est qu'une manifestation ».

Pour Blum, il est dû « à l'arthritisme dont l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil est un lieu d'élection » et aux traumatismes répétés causés par les chaussures.

Garod pense à son origine goutteuse « l'articulation est le siège d'un dépôt d'origine goutteuse ».

Pour Lancereaux, « le rhumatisme chronique et les astéophytes qui se produisent à la tête du premier métatarsien qui en seraient responsables ».

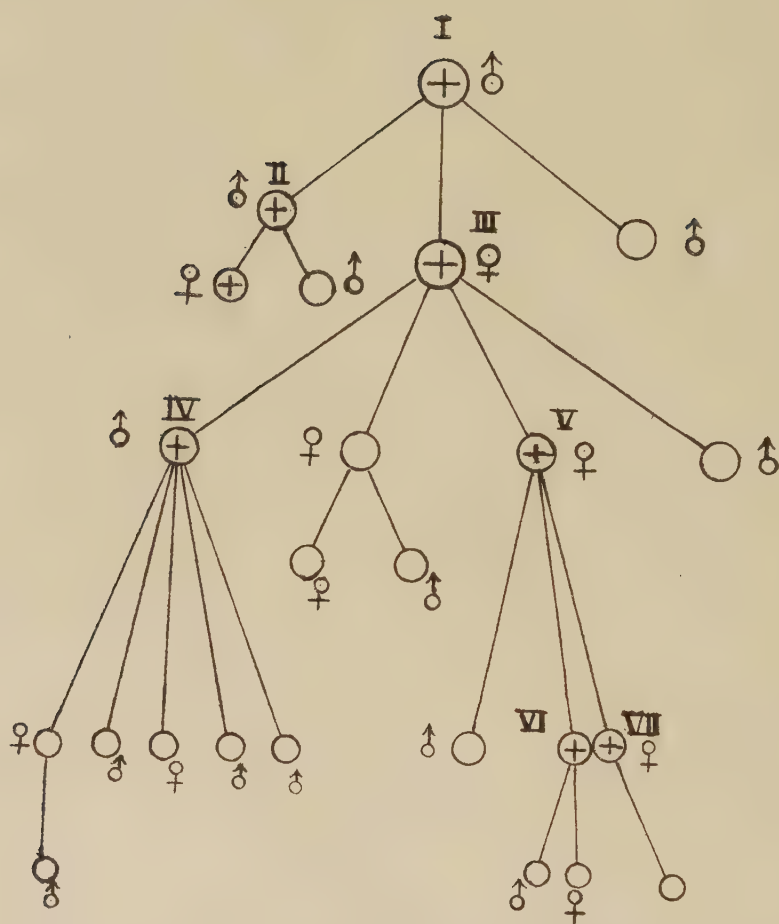
Pour Pancet et ses élèves : Cotte, Leriche, l'Hallux valgus serait une affection tuberculeuse banale ; pour eux, les arthritiques, ou prétendus tels, n'étaient souvent que des tuberculeux.

Leborgne, dans sa thèse de 1908, consacrée à la pathogénie de l'Hallux valgus, conclut que l'Hallux valgus est presque toujours une ostéo-arthrite d'origine tuberculeuse ; exceptionnellement, une autre infection pourrait le provoquer.

Pour Perrin, l'Hallux valgus, en dehors des cas congénitaux, traumatiques et nerveux, serait *toujours une manifestation de la diathèse rhumatismale* (rhumatisme articulaire aigu, rhumatisme chronique déformant, les pseudo-rhumatismes infectieux, les pseudo-rhumatismes toxiques des alcooliques, *des goutteux surtout*).

Mouchet y ajoute l'arthrite sèche déformante « analogue au morbus caxae senilis » qu'on voit aussi atteint de l'Hallux valgus 15 % des cas environ.

Enfin, Kirmisson donne comme cause de l'Hallux valgus des lésions nerveuses périphériques, névrites, alcooliques, diabétiques, ou centrales comme le Tabès.



Arbre généalogique montrant dans $\oplus$ les malades atteints de l'hallux valgus.

On voit bien que sur 8 cas $\oplus$ il y a trois hommes et cinq femmes : 62,5 %.

OBSERVATIONS

Nous allons insérer, dans les lignes qui suivent, quelques observations prises chez une famille où depuis quatre générations, la plupart des membres féminins sont atteints de la diathèse arthritique (rhumatismal) et de l'Hallux valgus.

OBSERVATION I

Monsieur P. M., né en 1815, à Poligny (Jura), mort en 1899, à dire de ses enfants âgés aujourd'hui de 73 et 77 ans, il a souffert durant sa vie d'une exubérance osseuse de ses deux pieds (vulgairement appelé oignon) et de crises de rhumatisme A. C. Même très jeune, il souffrait de ses pieds où les chaussures et la marche créaient de vives douleurs.

Nous avons été obligés de commencer par cette observation rétrospective, pour montrer que l'état rhumatismal et l'Hallux valgus se sont manifestés avec régularité chez la plupart des descendants, surtout chez les descendants féminins de ce malade. (Voir le schéma ci-contre).

OBSERVATION II

Monsieur C. M., né en 1856, à Moirans (Jura), le second fils de Monsieur P. M. (observation I). A l'âge de 22 ans, alors qu'il faisait son service militaire (à l'Ecole de Pyrotechnie de Toulon en 1878), des douleurs apparaissent aux deux pieds, obligeant le malade à garder le lit.

On n'a pas de grandes précisions sur la durée et l'intensité de ses douleurs, on sait par contre (par la sœur de ce même malade vivante, observation III) que ce malade durant toute sa vie n'a jamais pu supporter les chaussures et qu'il était « rempli de douleurs ».

Il est possible que l'apparition des douleurs à 22 ans soit en rapport avec une bursile engendrée par l'irritation causée par la marche et la fatigue sur un Hallux valgus concomitant, et qu'il soit en même temps atteint d'un état rhumatismal.

OBSERVATION III

Madame H. P., née H. M., le 8-11-1862, à Moirans (Jura) (la dernière fille de Monsieur P. M., observation I), demeurant actuellement à Troyes (Aube).

Cette malade, âgée de 73 ans, aujourd'hui marche très difficilement avec des chaussures souples et larges. A partir de l'âge de vingt ans, elle a constaté l'augmentation progressive d'une saillie au bord interne de chaque pied ; cette saillie, gênante au début, devient bientôt le siège d'une douleur de plus en plus accentuée, s'exagérant à la marche surtout par le port de chaussures ; malgré tout, la malade peut marcher en pantoufles.

Quelques mois après, les douleurs sont à tel point que la malade ne peut plus mettre le pied par terre, le moindre contact est douloureux.

A ce moment, la malade consulte un médecin. Quelques semaines de repos au lit améliore légèrement son cas, la marche en pantoufles de courte durée est de nouveau possible.

Cette malade atteinte également du rhumatisme chronique, souffre encore actuellement malgré les cures répétées (Bourbonnes-les-Bains particulièrement).

EXAMEN

La déformation est symétrique ; l'avant-pied paraît trop large par rapport à la longueur du pied. Les gros orteils sont fortement déviés en dehors, créent une onglulation très nette au niveau de l'articulation métataro-phalangienne, ils chevauchent les deuxième et les cachent en partie ; la saillie de la tête du premier métatarsien, de forme et du volume d'une noix, est très exubérante. Les mouvements passifs sont tous possibles et non douloureux.

Tous les mouvements actifs, sauf adduction, sont possibles.

L'examen de face plantaire montre l'aplatissement de la voûte plantaire plus marqué à gauche.

A la palpation, au niveau de cette saillie régulière dure, n'est pas douloureuse. La peau est lisse à ce niveau, il n'y a pas de bursite.

Quand la malade veut étendre le gros orteil, on sent le tendon de l'extenseur propre du gros orteil qui passe presque par le milieu du premier espace.

Cette malade, qui est obligée de porter des chaussures appropriées à sa déformation, se fatigue assez vite par une marche prolongée, surtout au début de l'été où il se produit une recrudescence des phénomènes douloureux.

Enfin la radiographie montre une déviation de la tête du premier métatarsien en dehors, le premier espace est triangulaire, ongulement très marquée au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne. La première phalange est en subluxation, les autres orteils montrent une ébauche de déviation. (Radio I).

Traitement

On voit que le traitement médical et orthopédique tenté jusqu'à présent n'ont pas donné un résultat définitif et n'ont soulagés que passagèrement.

[Cette malade a eu cinq enfants, deux filles et trois garçons bien portants ; d'eux d'entre eux, un garçon et une fille, sont atteints de l'Hallux valgus : Voir observations IV et V].

OBSERVATION IV

Madame Ch. M., née Ch. P., en 1882, à Troyes, demeurant actuellement à Troyes (la seconde fille de Madame H. P., observation III), présente tous les symptômes cliniques, ainsi que la radiographie le confirme, d'un Hallux valgus bilatéral.

Cette affection a fait son apparition à l'âge de 16 ans, par apparition de douleurs après la marche et la fatigue, elle a adopté les chaussures souples et n'a jamais fait d'autre traitement, elle n'a jamais souffert autrement qu'après une longue marche et par des chaussures étroites, mais ces symptômes sont disparus aussitôt le repos.

On trouve dans ses antécédents pathologiques une crise de rhumatisme articulaire aiguë à l'âge de dix ans ; depuis cette crise elle est restée longtemps maigre et chétive, son médecin, en dehors de ce traitement, lui a conseillé un séjour prolongé à la campagne et plus tard une cure à La Bourboule. Elle présente actuellement, en dehors de son Hallux valgus, un état arthritique (rhumatisme chronique).

Enfin, notons que cette malade a eu trois enfants, un garçon et deux jumelles atteintes toutes les deux de l'Hallux valgus et qui ont présenté des crises rhumatismales articulaires aiguës, surtout très marquées chez l'une d'elle (observations VI et VII). (Voir Radio II).

OBSERVATION V

Monsieur G. P., né en 1885, à Moirans (Jura, demeurant actuellement à Lyon (le premier fils de Madame H. P., observation III), présente une très légère déviation de la tête du premier métatarsien des deux pieds ; il n'en a jamais souffert. Il a pressenti des douleurs articulaires pendant la guerre après un long séjour dans l'humidité ; il est père de cinq enfants, tous bien portants, et sans aucune déformation osseuse aux pieds.

OBSERVATION VI

Madame R. R., née R. M., le 14 juillet 1910, à Essoyes (Aube), demeurant à Reims (Marne).

Cette malade, atteinte de l'Hallux valgus bilatéral (voir la radiographie 3), la déformation a débuté il y a quelques années, mais elle n'en souffre que depuis un an par suite de la formation d'un durillon au niveau des téguments, sur la saillie en H V du pied gauche.

Elle est mère de deux enfants, un garçon de 7 ans et une fille de six ans, tous deux bien portants et sans déformation apparente actuellement aux pieds.

Elle souffre depuis longtemps de troubles circulatoires : varices et hémorroïdes. Elle a eu une phlébite à la jambe gauche il y a un an, après une fausse couche. Elle présente, en plus, des troubles endocriniens manifestes.

OBSERVATION VII

Madame G. N., née G. M., le 14 juillet 1910, à Essoyes, demeurant actuellement à Troyes.

A l'âge de cinq ans, elle a été atteinte d'une crise de rhumatisme articulaire aiguë, qui a laissé une complication cardiaque (Rétrécissement mitral). Bien compensée jusqu'à l'âge de dix ans, où par suite d'une nouvelle crise déclanchée par une scarlatine, elle présente des signes d'insuffisance cardiaque (soignée par M. le Docteur AUBERTIN), à cette époque, elle surmonte admirablement cette crise.

Une dernière crise à l'âge de quinze ans (soignée par M. LAUBRY). La lésion a été bien compensée depuis (elle a bien supporté une grossesse il y a deux ans).

La déformation a été tout à fait précoce chez cette malade (à l'âge de cinq ans,) lors de sa première crise rhumatismale. Mais malgré la déformation très accentuée (voir radiographie 4), elle n'avait jamais été gênée pour marcher ni pour se chausser. Il y a deux ans environ, par suite d'une chute, elle a reçu un choc violent au niveau de la saillie de son gros orteil. Nous avons examiné cette malade une semaine après cet accident ; elle présentait une bursile à ce niveau, la marche était impossible et les chaussures intolérables. Nous avons pu suivre la marche de cette bursile qui est complètement disparue aujourd'hui,

mais le pied est resté très sensible : seules les chaussures très souples sont supportées pendant une courte durée.

En dehors de son état rhumatismal et son Hallux valgus, cette malade présente, comme sa sœur, des troubles endocriniens ; elle a présenté une sorte d'obésité avec localisation élective aux niveaux des racines de ses membres, peut-être syndrome adiposo-génital de Balinski (elle a été soignée pour cette dernière affection par M. le Docteur BOURGUIGNON, à la Salpêtrière).

Elle est bien portante, actuellement mariée et mère d'une fille bien portante de deux ans.



Radiographie I (Observ. III)



Radiographie II (Observ. IV)



Radiographie III (Observ. VI)



Radiographie IV (Observ. VII)

TRAITEMENTS

L'Hallux valgus est une affection insignifiante au début et bien supporté par les malades, mais il peut devenir par exagérations, surtout des symptômes douloureux une véritable infirmité qui mérite un traitement. Ces traitements, variables selon le degré de l'affection, sont d'ailleurs très nombreux.

Traitement prophylactique

Au début, l'affection peut-être empêchée dans son développement par un traitement hygiénique et prophylactique. Nous allons citer brièvement les plus efficaces :

1° Des chaussures souples ni trop étroites ni trop amples ont été proposées par Jansen. De plus, les chaussures doivent avoir des bouts carrés pour ne pas gêner les orteils comme nous l'avons signalé précédemment. Le mieux serait les chaussures faites sur mesures, car chez ces malades où il y a en même temps l'effondrement de la voûte plantaire, et l'avant-pied paraît plus large que normalement. Signalons que chez nos malades, le port de chaussures aux talons hauts augmente les douleurs ; par contre, les douleurs sont sensiblement atténuées par le

port de chaussures plates. Cela tient probablement à ce que dans les chaussures dites Louis XV les talons reposent de 4 à 5 centimètres au-dessus du niveau de l'avant-pied. Cette différence de hauteur donne aux pieds une position inclinée qui augmenterait la pression vers les parties antérieures des deux pieds pendant la marche et la station.

Traitement orthopédique

Comme nous l'avons signalé précédemment dans les déviations légères, l'infirmité et les douleurs de l'Hallux valgus sont bien supportées par les malades et il est difficile de leur faire admettre un traitement chirurgical. C'est pourquoi les différents auteurs ont imaginé des traitements orthopédiques variés que nous allons mentionner brièvement les plus employés.

Broca, Noble, Nélaton, Mellet, Redord, Frœlich de Nancy et Mathieu, ont conseillé différents appareils dont la caractéristique générale est qu'ils corrigent et maintiennent la déformation, mais la plupart de ces appareils sont assez compliqués dans leur application et exigent beaucoup de patience de la part des malades.

Un appareil simple et pratique, que l'on trouve dans le commerce sous le nom de « Tae-Flex », du docteur Scholl, peut rendre des services dans les cas de simple et légère déviation. Cet appareil est une sorte de bobine aplatie en

caoutchouc souple qu'on place entre le gros et le deuxième orteils ; il corrige et maintient assez bien la déviation et a l'avantage d'être bien supporté par les malades.

Un autre procédé simple consiste à encapuchonner le gros orteil avec une bande de leucophaste qu'on tire au moyen d'une longue lanière en dedans, on fixe son extrémité postérieure contre le talon, de plus on place une pelote de coton entre le deuxième et le gros orteils qui corrige la déviation.

Signalons enfin un appareil imaginé par Frœlich qui lui aurait donné de bons résultats. C'est une gouttière assez rigide feutrée intérieurement, moulant exactement le bord interne du pied ; il porte au niveau de la première phalange du gros orteil deux orifices distants de deux centimètres placés l'un au-dessus de l'autre. Après avoir fixé la gouttière sur le bord interne du pied, on passe un lacet dont les deux extrémités passent dans chacun de ces orifices par une boucle, l'orteil est attiré en dedans. Cet appareil ne peut être porté qu'au repos, la nuit par exemple.

Traitement chirurgical

Les opérations proposées pour guérir l'Hallux valgus sont aussi nombreuses que les formes de l'affection sont variées.

Nous avons vu que les traitements orthopédiques peuvent prévenir les accidents, mais une fois ces accidents installés, il n'y a plus qu'une intervention chirurgicale qui puisse soulager ces malades et leur rendre leur activité.

Ces opérations portent sur les tendons, la phalange, le métatarsien, le cunéiforme et l'os inter-métatarsien, s'il existe, ou sur plusieurs de ces éléments anatomiques à la fois.

Nous allons passer brièvement en revue les différents procédés.

I. OPÉRATION SUR LES TENDONS

Mauchet les considère comme un temps complémentaire et insuffisantes par elles-mêmes.

Tenatomie de l'extenseur du gros orteil (Nélaton).

Ténatomie de l'abducteur oblique (Ch. Manod).

Section de l'abducteur transverse (P. Régnier).

Section du chef interne du pedieux (Poirier).

Tenopexie (Delbet). Cette opération consiste à fixer le tendon de l'extenseur propre du gros orteil en bonne position (au lieu de la couper) à la partie interne de la capsule.

II. OPÉRATIONS SUR LES OS

Resection de la tête métatarsienne (Hueter).

Cette opération est simple et rapidement exécutée.

« Il faut sacrifier le moins d'os possible pour conserver le point d'appui pour l'avant-pied ».

Pour prévenir l'ankylose Mayo interpose entre le col et la phalange un lambeau taillé dans la bourse séreuse.

Ablation de l'exostose et resection cunéiforme du premier métatarsien (G. Raverdin).

Resection cunéiforme de la diaphyse métatarsienne (Loison, Balacescus, Iwara).

Ces auteurs ont proposé la resection cunéiforme de la diaphyse déviée, suivie d'ostéo-synthèse.

Cette opération, compliquée et minutieuse, donne des résultats fonctionnels et esthétiques parfaits, elle ne peut être exécutée que par des mains exercées. Elle convient pour les cas où il n'y a pas de déformations articulaires.

Resection oblique conjuguée de la tête du métatarsien et la phalange (Mauclair).

CONCLUSIONS

Des observations que nous venons de voir on peut conclure que :

1°) L'Hallux valgus est une affection dans laquelle le terrain semble jouer un rôle prédisposant manifeste.

2°) Que ces sujets sont fréquemment atteints d'un état morbide dit : arthritique (rhumatisme chronique, goutte, obésité, lithiase biliaire et urique, etc...).

3°) Que ces états morbides peuvent se transmettre par hérédité.

Vu : *Le Président de thèse,*

Vu: Le Doyen,
ROUSSY

L. TANON.
de Thèse,

Vu et permis d'imprimer:
Le Recteur de l'Académie de Paris.

CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

- ARTHON. — An corne anl lumiors. *Medical Times and Gazette*, 1852, t. V, p. 230-260.
- H. BARBIER. — Sur les phénomènes extra-pulmonaires de la tuberculose à la période de germination de rhumatisme tuberculeux chez l'enfant. *Bulletin Médical*, 21 mars 1903, p. 265.
- BARKER. — An operation for hallux valgus. *The Lancet*, 12 avril 1884.
- BÉRARD. — Palyarthrite tuberculeuse déformante. *Communication au Congrès de Chirurgie*, Paris, 1897, p. 733-739).
- M. BILHAUT. — Quelques considérations sur l'hallus valgus. *Annales de Chirurgie et Orthopédie*, Paris, 1900.
- BANIFACE. — Hallus valgus. *Th. de Paris*, 1895.
- BAYER. — La déformation du pied causée par les chaussures. *Progrès Médical*, 1877, t. V, p. 526.
- BROCA. — Un cas de hallux valgus. *Bulletin de la Société d'Anatomie*, Paris, 1850, p. 117.
- CHARCOT. — Leçon sur la maladie des vieillards. *Œuvres*, t. VII, 1876. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*.
- CAMPER. — Dissertation sur la meilleure forme des souliers. *Traduit du Hollandais*, 1791.

- CHASSAIGNAC. — Quelques difformités des orteils déterminées par les chaussures. *Bulletin de la Soc. de Chirurgie*, 1853.
- CHIRAY. — De l'hallux valgus. *Th. Nancy*.
- COTTE & PILLON. — Hallus valgus et tuberculose. *Revue d'Orthopédie*, an XXIII, t. III, n° 1.
- DELHET. — Discussion, hallux valgus bilatéral traité par la resection semi-articulaire et la vaginoplastie artificielle. *Bulletin et Mémoire Soc. de Chirurgie*, 1896, t. XXII, p. 181.
- HEHERT. — Un cas de déformation acquise des orteils, remarques sur leur étiologie. *Revue d'Orthopédie*, Paris, 1904, p. 165.
- LEGÉE. — Essai sur les difformités des orteils. *Th. Paris*, 1869.
- LOISON. — Sur le traitement chirurgical de l'hallux valgus d'après l'étude radiographique de la déformation. *Discussion de M. E. Schwartz, Bulletin et Mémoires de la Soc. de Chirurgie*, Paris, 1901, p. 518-531.
- LUCAS. — Contribution à l'étude de l'hallux valgus. Paris, 1897.
- MALGAIGNE. — Mémoire sur la déviation latérale du gros orteil. *Revue de Médecine et de Chirurgie*, 1852, p. 205-210.
- MAUCLAIRE. — Clinodactylie externe et interne, déviation latérale des orteils. *Presse Médicale*, Paris, 1891, p. 205.
-

HALLUX VALGUS

TRAVAUX DEPUIS 1930

- AMIARD (Michel). — Contribution à l'étude du traitement opératoire de l'hallux valgus. *Thèse de Paris*, 1932, 26, rue Monsieur-le-Prince, M. Lac, édit., Paris.
- BERNSTEN (A.). — De l'hallux valgus, contribution à son étiologie et à son traitement. *Revue d'Orthopédie*, 17, 101-111, mars 1930.
- BIANCHERI (T.). — Sul trattamento dell' alluce valgo. *Chir. d. or. di Movimento*, 16, 583-590, déc. 1931.
- BORRELL. — Hallux valgus. *Société de Médecine de la Vienne ; Actualité médico-chirurgicale*, n° 3, déc. 1930, p. 122.
- BSTEH. — Traitement de l'hallux valgus. *Wiener Klinische wochenschrift*, XLV, n° 24, 10 juin 1932, p. 749.
- Hallux valgus. *Zentralblatt. für chirurgie*, LIX, n° 25, 18 juin 1932.
- BUKA (A.-J.). — Bunion and hallux valgus. *Am. J. surg*, 8, 332-336, fév. 1930.
- CANTER (B.-M.). — Hallux valgus and hallux rigidus effects of ill-fitting foot wear. *Am. Méd. sepc. sect.*, 39, 14-15, July, 1933.
- DAVID (P.-E.-M.). — Une nouvelle opération pour la cure de l'hallux valgus. *Thèse de Paris*, L. Arnette, édit., Paris, 1934.
- DAW. — Type rare d'hallux valgus (2 cas). *The British medical Journal*, 28 sept. 1935, p. 580.
- DELBET (P.). — Hallus valgus. *Journal des Praticiens*, n° 24, 11 juin 1932.

- DENGLER. — Opération pour hallux valgus, p. 530. *Archiv. für klinisches chirurgie*, tome CLXXI, n° 3, 17 août 1932.
- La maladie médio-tarsienne de Deuschlander, consécutive à l'opération de l'hallux valgus. *Deutsche zeitsch. f. chirurg.*, vol. CCXXXVII, fasc. 7, 8 et 9, 4 oct. 1932.
- DUBOIS. — Opération de l'hallux valgus. *Schweizerische medizinische wochenschrift*, n° 50, 12 déc. 1931.
- LE FORT (A.). — Le traitement de l'hallux valgus. *L'Echo Médical du Nord*, 1^{er} déc. 1935).
- GASNE (E.). — L'hallux valgus. *La Consultation*, avril-mai 1932, n° 45.
- GRADOJEVIE. — Modification à l'opération de l'hallux valgus de Schede. *Slovansky Sbornik. Ortopedicky*, n° 4, 1933.
- HALD (I.-K.). — Hallux valgus. (*Nordk. Mag. f. Laeger*, 92, 933-952, sept. 1931.
- HASS. — Laquelle des nombreuses méthodes opératoires de l'hallux valgus devons-nous employer. *Zentralblatt für chirurgie*, LIX, n° 26, 25 juin 1932.
- JAROCKI (G.). — Beitrag zur Konservativen hallux valgus Behandlung. *Munchener medizinische wochenschrift*, 80, 566-567, 14 avril 1933.
- JUVARA. — Cure radicale de l'hallux valgus pour la résection cunéiforme de la portion moyenne de la diaphyse du métatarsien, suivie de l'ostéosynthèse des fragments. *Lyon chirurgical*, 1926, tome 23, p. 429.
- Hallux valgus, traitement opératoire. *Revue Chirurg.*, LI, n° 5, mai 1932.
- KASPAR (M.). — Die Resektion der Grundphalanx als Operation der hallux valgus. *Beitrag z. Klin. chirurg.*, 157, 113-120, 1933.

- La résection de la première phalange dans le traitement de l'hallux valgus. *Brun's Beitrage zur Klin. chir. Berlin et Vienne*, 18 fév. 1933).
- KLEIMBERG (S.). — Operative cure of hallux valgus and bunious. *Am. J. Surg.* 15, 75-81, janv. 1932.
- KLEINBERG. — Hallux valgus et bourse séreuse. *The amer. journ. of Surg. New-York*, n. s. vol. XV, n° 1, janv. 1932.
- KRUKENBERG. — Traitement de l'hallux valgus. *Zentralblatt. f. chirurgie*, LIX, n° 29, 16 juillet 1932.
- LAPIDUS. — L'opération de correction du metatarsus varus primitif dans l'hallux valgus. *Surg. Gy, ec. and obstet.*, n° 2, fév. 1934.
- LASSERRE (Ch.). — Traitement de l'hallux valgus par la résection modelante de la tête du premier métatarsien. *Réunion d'Orthop. et de Chir. de Bordeaux*, séance du 22 mars 1934 ; *Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, n° 13, 10 mai 1934, p. 362.
- LASSERRE (Ch.). — Traitement de l'hallux valgus par la résection modelante de la tête du premier métatarsien. *Réunion Orthopédique et Chir. app. Moteur de Bordeaux*, 22 mars 1934, In. ; *Bordeaux chirurgical*, n° 4, octobre 1934.
- MASSART (Raphaël). — Les résultats déplorables des opérations esthétiques d'hallux valgus. *Le Répertoire médical pratique*, n° 105, mai 1935.
- MAUCLAIRE. — Traitement de l'hallux valgus grave par l'arthroplastie reconstitutive. *Revue de Chirurgie*, n° 9, nov. 1933.
- ROYLE. — Traitement de l'hallux valgus et de l'hallux rigidus. *The Australian and new zealand Journal of surgery*, n° 1, juin 1931.

- SLOANE. — Hallux varus congénital, correction opératoire. *The Journal of Bone a joint surgery*, janvier 1935.
- SORESI. — Traitement radical de l'hallux valgus (Bunion), résection aubarticulaire de la tête du métatarse. *Surgery gynecology and obstetrics*, tome III, n° 3, mars 1931, p. 776.
- STAHNKE. — L'opération de l'hallux valgus par la méthode de Mayo Huefer. *Zentralblatt. f. chirurgie*, n° 35, 2 octobre 1933.
- THIERNY (A.). — La correction de l'orteil en marteau et de l'hallux valgus par le procédé de Bilboquet. *La Clinique*, n° 147, juin 1930.
- TRÈVES (André). — Traitement de l'hallux valgus, technique personnelle. *Bulletins et mémoires de la soc. des chir. Paris*, séance du 11 janvier 1935, n° 1, 1935.
- VERBRUGGE (J.). — La pathogénie et le traitement de l'hallux valgus. *Le Scalpel*, n° 45, 11 nov. 1933.
- La pathogénie et le traitement de l'hallux valgus. *Le Scalpel*, n° 46, 18 nov. 1933.
- WALLET. — Cure radicale de l'hallux valgus et de l'orteil en marteau. *La Revue Médicale*, octobre 1930, p. 7.
- WEEHLER (P.-H.). — Os intermetatarsum and hallux valgus. *Am. J. Surg.* 18, 341-342, nov. 1932.
- WEIL (M.-P.) & DELARUE (J.). — Les hallux valgus, hallux valgus de posture et hallus valgus inflammatoire. *La Presse Médicale*, n° 31, 1^{er} juin 1932.
-

Imp. J.-L. Raton, Troyes
